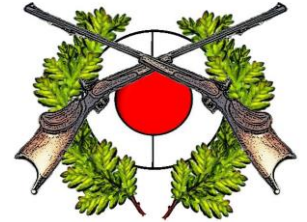




**Schützenverein Niederrieden e.V.
Zimmerstutzengesellschaft
gegr. 1888**



Einverständniserklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine Tochter / mein Sohn

Name: _____

Vorname: _____

Wohnort / Straße: _____

Geb. Datum: _____

für den Schützenverein Niederrieden e.V. mit Luftdruck-, Federdruck- und Co2
Waffen schießen darf.

Das Schießen findet unter Aufsicht von ausgebildeten Personen statt.

Niederrieden, den _____

Name

Unterschrift

Bitte abgeben bei:

1.Vorstand Markus Schütz; Sonnenstraße 24; 87767 Niederrieden
Tel. 0176 43117503; 1.vorstand@zsg-niederrieden.com